



## Karta zgłoszenia do Programu

### „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023\*

#### I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: .....

2. Adres: .....

3. Telefon kontaktowy: .....

4. Data urodzenia: .....

5. Wykształcenie: .....

6. Zawód wyuczony: .....

7. Status na rynku pracy: .....

8. Grupa/stopień niepełnosprawności: .....

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ,

2) dysfunkcja narządu wzroku ,

3) zaburzenia psychiczne ,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....

11. Czy porusza się Pan(i):

<b>W domu</b> <input type="checkbox"/>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>
<b>Poza miejscem zamieszkania</b> <input type="checkbox"/>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak** / **Nie**

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?  
 .....

14. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak** / **Nie**

**II. ŚRODOWISKO:**

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

- 1) czynności samoobsługowe **Tak** / **Nie**
- 2) wypełnianie ról społecznych **Tak** / **Nie**
- 3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak** / **Nie**
- 4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak** / **Nie**

2. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?  
 .....  
 .....

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:**

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: ..... 2. Wiek: .....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:  
 .....  
 .....

4. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?  
 .....  
 .....

5. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

6. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

- 1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
  - a) pomoc w sprzątanii mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
  - b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie)
  - c) myciu okien
  - d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
  - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)
  - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go
  - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)
- 2) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
  - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli
  - b) czesaniu
  - c) goleniu
  - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg
  - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku
  - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń
  - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów
  - h) staniu łóżka i zmianie pościeli

- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej ;
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi) ;
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym ;
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu ;
  - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ;
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) wyjście na spacer ;
  - b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ;
  - c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) ;
  - d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
  - e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze ;
  - f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru ;
  - g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) .

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak** /**Nie**

#### IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** /**Nie**

2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

**dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia**

**dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

.....  
.....

#### V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

(Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

## OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU ASYSTENTA

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

**Ja niżej podpisany/-a:**

Imię i nazwisko:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Zamieszkały/-a:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ulica	nr domu	nr mieszkania
Kod pocztowy:	<input type="text"/>	Miejscowość:	<input type="text"/>

**Pouczony/-a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy<sup>1</sup> oświadczam co następuje:**

- 1) W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, potwierdzam niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

Imię i nazwisko:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Zamieszkały/-a:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ulica	nr domu	nr mieszkania
Kod pocztowy:	<input type="text"/>	Miejscowość:	<input type="text"/>

**Wnoszę o realizację usług asystenckich w wymiarze:**  **godzin miesięcznie.**

- 2) Ponadto oświadczam, że wskazany asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny<sup>2</sup>, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
- c) Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że przyznany asystent posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje do wykonywania w/w funkcji oraz osoba ta gwarantuje należyte wykonywanie tej funkcji.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulamin Rekrutacji „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanego w Gminie Drelów ze środków Funduszu Solidarnościowego.

**5. Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

miejscowość, ..... r.

.....

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

<sup>1</sup> Art. 233 kk - § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 8

- § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5

- § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

<sup>2</sup> Zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

Oświadczam, że ja niżej podpisany/a.....  
legitymujący/a się dowodem osobistym (innym dokumentem) seria i numer:.....

1. Składam kartę zgłoszenia do programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osób wskazanych w karcie zgłoszenia, przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Drelowie dla celów związanych z procedowaniem przewidzianym w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023. Jednocześnie wyrażam zgodę na przesyłanie przez Administratora, na mój adres e-mail lub wykorzystanie mojego nr telefonu w celu informacji dotyczących realizacji wniosku.
3. Oświadczam, iż zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną przekazaną zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych zwanego RODO.

### KLAUZULA INFORMACYJNA - ART. 13 RODO

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1) informuję, że:**

1. Administratorem Danych Osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Drelowie, adres e-mail: gops.drelow@interia.pl (dalej jako „ADO”).
2. ADO wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w osobie: Radosław Struczyk, z którym można się skontaktować pod adresem mailowym: iod@struczyk.pl
3. Dane osobowe w zakresie imienia, nazwiska, adresu zamieszkania, telefonu, adresu e-mail, daty urodzenia, stopnia niepełnosprawności, stanu zdrowia, danych opiekuna prawnego zostały pozyskane bezpośrednio od osoby składającej kartę zgłoszenia.
4. Dane osobowe wnioskodawcy i wszystkich osób wymienionych w powyższym dokumencie przetwarzane będą w celu otrzymania wsparcia asystenta osoby niepełnosprawnej w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, który jest współfinansowany z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.
5. Odbiorcą danych osobowych będą: kierownik GOPS Drelów, personel obsługujący, osoby upoważnione, Urząd Gminy Drelów, inne podmioty przewidziane w przepisach szczególnych.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z Instrukcją kancelaryjną Administratora.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych osobowych, prawo do żądania poprawienia, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania tych danych, prawo do przenoszenia danych.
8. Z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu przeciwko przetwarzaniu danych, ponieważ jest Pan/Pani uprawniona do wniesienia

sprzeciwu, gdy przetwarzane dane wykorzystywane są do celów innych niż wskazane lub wynika to z przepisów szczególnych.

9. W dowolnym momencie ma Pan/Pani prawo cofnąć udzieloną zgodę, co pozostanie jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzoru, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność uzyskania wsparcia w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
12. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

### **OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ WNIOSKODAWCY**

**Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1. kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.** (Art. 233 § 1 kk : kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8).

.....  
.....  
Podpis czytelny

.....  
Miejscowość, data

Regulamin Rekrutacji resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanego w Gminie Drelów ze środków Funduszu Solidarnościowego.

#### § 1

1. Realizatorem resortowego Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 na terenie Gminy Drelów jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Drelowie – zwany dalej „Realizatorem”, który działa zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 ogłoszonym przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej finansowanego z Funduszu Solidarnościowego.
2. Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, zwany dalej „Programem”, realizowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego. Uczestnik nie ponosi odpłatności za usługi świadczone w ramach Programu.
3. Usługi asystenckie – zwane dalej „usługami”, są świadczone na rzecz niepełnosprawnych mieszkańców Gminy Drelów (planowana liczba osób objętych wsparciem wyniesie 9), a ich głównym celem jest dążenie do poprawy funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w jej środowisku, zwiększenia możliwości zaspokajania jej potrzeb oraz włączenia w życie społeczne.
4. Odbiorcami usług asystenckich - zwanymi dalej „Uczestnikami”, są:



a) osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o niepełnosprawności: - o stopniu znacznym (w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją);

- stopniu umiarkowanym;

b) dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, w planowanej liczbie 3 osób;

c) traktowane na równi do wymienionych w lit. a i b.

5. Usługi świadczone będą przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „Asystentem”, który będzie wskazany przez Uczestnika lub jego opiekuna prawnego, z załozeniem, że spełniać będzie warunki wskazane w Programie.

## § 2

1. Zgłoszenia do Programu przyjmowane są w Ośrodku Pomocy Społecznej w Drelowie, osobiście, pocztą (decyduje data wpływu) lub mailowo na adres [gops.drelow@interia.pl](mailto:gops.drelow@interia.pl).

2. Na kompletne zgłoszenie składają się następujące dokumenty:

a) karta zgłoszenia do Programu;

b) klauzula RODO;

c) kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego – umożliwiającego weryfikację, czy osoba posiada uprawnienia do uczestnictwa w Programie;

d) kserokopia pełnomocnictwa notarialnego, orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (jeśli dotyczy);

e) oświadczenie Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

3. W przypadku, gdy Uczestnik składa zgłoszenie u różnych realizatorów, liczba przyznanych łącznie godzin musi być zgodna z założeniami Programu.

4. Przyjęcie zgłoszenia do Programu nie jest równoznaczne z przyznaniem usług.

## § 3

1. Zgłoszenia podlegają weryfikacji, która polega na sprawdzeniu kompletności złożonych dokumentów, wymienionych w § 2 pkt. 2.

2. W przypadku złożenia niekompletnego zgłoszenia, Realizator poinformuje o występujących w zgłoszeniu brakach, które muszą zostać usunięte w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia otrzymania powiadomienia, pod rygorem pozostawienia zgłoszenia bez rozpatrzenia.

3. Realizator poinformuje o przyznaniu usług asystenta osobistego lub odmowie przyznania usługi.

4. Realizator zastrzega sobie możliwość przyznania Uczestnikowi Programu mniejszej liczby godzin niż wnioskowana przez niego w zgłoszeniu. Limit przyznanych godzin będzie dostosowany do otrzymanych środków.

5. Osoby, którym nie przyznano usług z powodu przekroczenia limitu Uczestników lub możliwości organizacyjnych i/lub finansowych zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.

6. Rezygnacja z uczestnictwa lub inne istotne zgłoszenia, dotyczące realizacji usługi, przyjmowane są drogą pisemną w Ośrodku Pomocy Społecznej w Drelowie, osobiście, pocztą (decyduje data wpływu) lub mailowo na adres [gops.drelow@interia.pl](mailto:gops.drelow@interia.pl).

#### § 4

1. Limit godzin usług przypadających na 1 Uczestnika zgodnie z przyznanymi środkami na realizację zadania wynosi rocznie nie więcej niż:

- dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną 840;
- dla osób osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności 720;
- dla dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji 360,
- dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną 480,
- dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności 360.

#### §5

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu oraz obowiązujące przepisy prawa.

2. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.